

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N^o

552

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

E.-Henri COUDRAY

Né à Paris le 17 Mai 1871

Un cas d'Amygdalite Palatine-Tuberculeuse

Président : M. Léon BERNARD, *Professeur*

Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^e)

1925

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

E.-Henri COUDRAY

Né à Paris le 17 Mai 1871

Un cas d'Amygdalite Palatine-Tuberculeuse

Président : M. Léon BERNARD, *Professeur*

Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	N...
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale.....	LECENE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	LÉON BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ ACHARD
	{ WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
Clinique chirurgicale.....	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN
Clinique urologique.....	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBBEDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.
 AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE..... Clinique médicale.
 LERREBOULET.. Clinique méd. infantile.
 LÉRI..... Clinique médicale.

MM.
 LOEPER..... Clinique médicale.
 PROUST..... Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ... Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY.....		
CHAILLEY-BERT.....		
LEDoux-LEBARD.....		
		Stomatologie.
		Éducation physique.
		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Agrévés en exercice

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIERE... Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG.... Anatomie pathologique
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER.. Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (H.).... Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER... Obstétrique.
 LÉMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale
 MATHIEU.... Pathologie chirurgicale
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathol. chirurgicale.
 MONDOR..... Pathol. chirurgicale
 MOURE..... Pathol. chirurgicale.
 MULLON..... Histologie
 PHILIBERT... Bactériologie
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie
 ROUVIERE..... Anatomie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — Agrévés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUGEROT .. Pathologie médicale.
 CAMUS..... Physiologie.

MM.

GUÉNIOT.... Obstétrique.
 RETTERER... Histologie.

JE DÉDIE CETTE THÈSE A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES HÉRICOURT

Officier de la Légion d'honneur

Qui a été pour moi un maître et un conseiller.

*Je lui exprime ma plus filiale et ma plus
respectueuse reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse et
de nous en inspirer le sujet.*

*Nous lui en exprimons toute notre respec-
tueuse reconnaissance.*

QUE NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS

SERGEANT, LEGUEU, TEISSIER, MULON, CHAMPY, JOYEUX,
DESGREZ, LEREBoullet, MICHON, DUJARIER

*Veuillent bien trouver ici l'expression de notre
reconnaissance.*

*A Messieurs les docteurs Beaufumé, Bourgeois,
Chiray, David, Legout, Marcel Pinard,
Pescher, Teissère.*

*Le Docteur LELONG a bien voulu nous guider
de ses conseils pour la révision de nos
épreuves. Nous l'en remercions bien sin-
cèrement.*

Introduction

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'étudier personnellement dans le service de M. le Professeur Léon Bernard, à l'Hôpital Laennec, un cas d'amygdalite palatine tuberculeuse.

Nous nous proposons simplement dans ce modeste travail de rappeler cette observation d'un cas relativement rare, dont certaines particularités nous ont paru intéressantes à signaler.

Histoire de la maladie

Mlle Georgette Ach... âgée de 17 ans est venue à la consultation spéciale des maladies du larynx à l'hôpital Laennec (service du Dr Bourgeois) le 5 juin 1925 pour troubles pharyngo-laryngés dont le début remonte à 3 semaines environ.

La maladie a débuté brusquement par un mal de gorge et une voix couverte avec dysphagie intense, la malade remarque une altération de la voix qui devient rauque avec gêne douloureuse à la phonation.

En même temps, elle se plaignait d'une toux remontant dès le mois de décembre précédent et qui s'était aggravée il y a 3 semaines. Cette toux survenait surtout le matin.

Antécédents personnels

Broncho-pneumonie à 13 mois, à 7 ans pleurésie droite d'une durée de 5 mois ; la fièvre ne dépasse jamais 38° (pas de ponction, pas d'intervention, à 8 ans, congestion pulmonaire également du côté droit dont la durée fut de 2 mois.

A la suite de ces épisodes, elle est faible, de santé fragile, bronchites tous les hivers, mais jamais d'expectoration ou de fièvre.

A 11 ans 1/2, cette malade est envoyée à Arcachon pour adénopathie tracho-bronchique et adénopathie cervicale droite, elle présentait sur la face latérale droite du cou un ganglion gros comme un œuf déve-

loppé en 1 mois et un autre plus petit à côté, ganglion douloureux qui se serait ouvert spontanément.

Séjour de 11 mois à Arcachon

A 12 ans 1/2, port d'un corset pendant 9 mois ; la même année cette malade a une angine dont la durée est de 3 semaines.

En Décembre 1924, reprise de la toux — toujours sans expectoration — pas de fièvre ; point de côté à droite, amaigrissement progressif de 7 kilog, fatigue générale et perte de l'appétit. La toux persiste, sèche, quinteuse, jusqu'en mars 1925.

Le 30 avril, 6 jours après, hémoptysie légère qui se répète tous les 2 ou 3 jours au matin, rejette des caillots noirs avec efforts de toux.

Signes fonctionnels

Douleur à la déglutition, même des aliments liquides. Raucité de la voix, plus marquée qu'au début.

La toux est plus accusée le matin, toux rauque, quinteuse. pas d'expectoration.

Douleur thoracique sous le sein droit. Légère dyspnée au moment des efforts.

Signes généraux

Pas de fièvre, 36°5-36°7.

Bon aspect général, pas d'amaigrissement, appétit suffisant, pas de sueurs nocturnes.

Urines, — Ni albumine, ni sucre.

Examen physique

Gorge. — Infiltration des piliers remontant sur la voûte palatine, à gauche, de teinte rouge vif, de contour arrondi. L'amygdale droite plus grosse que la gauche, parsemée de points blanchâtres opalins, amygdale plus grosse de ce côté surtout au pôle supérieur.

Examen de la gorge

Quand la malade ouvre la bouche, on constate que la moitié latérale gauche du voile du palais est rouge violacé, d'aspect inflammatoire. A ce niveau la muqueuse paraît épaissie, œdématisée. Sur ce fond rouge un peu vineux se voit des petits points blancs grisâtres, de volume d'une tête d'épingle, régulièrement disséminés parfois d'aspect pseudo-membraneux. Ces points sont extrêmement adhérents et impossibles à décoller avec une spatule. Cette infiltration occupe également le pilier antérieur gauche du voile qui est aussi œdématisé et rouge, et semé des mêmes points grisâtres. L'amygdale elle-même est considérablement modifiée. Elle est augmentée de volume, tuméfiée, bombant considérablement dans l'isthme du gosier ; elle est rouge, œdématisée et parsemée des mêmes petits points blancs. Aucun point ulcéré. Le reste de la muqueuse pharyngée et buccale fait contraste par son intégrité.

A la palpation le doigt perçoit au niveau de la zone malade une infiltration nette, de consistance un peu dure. Cette palpation n'est pas douloureuse.

Pas d'adénopathie correspondante de la région sous angulo maxillaire ni cervicale.

Recherches de laboratoire pratiqué. — Recherche du bacille diphtérique par examen direct et ensemencement du sérum coagulé : *négalif*.

Recherche de l'association fuso-cellulaire de Vincent : *négalive*.

Recherche du bacille de koch : un frottis de petits points blancs : négative à plusieurs reprises. (1)

Appareil circulatoire — Cœur normal, bruits bien frappés, pouls tantôt à 60, tantôt à 70.

Tension artérielle 11 1/2 — 7.

Appareil respiratoire. Examen clinique *poumons* : poumon droit, matité sus et sous épineuse, vibrations augmentées, souffle dans la région biliaire, râles bulleux.

Poumon gauche. — Mêmes signes d'auscultation. En avant, à droite à gauche, sibilances.

Examen radiologique. (cliché radio 15 juin 1915). —

Le 1/3 supérieur des deux champs est semé de taches et membranes confluentes avec aspect en mie de pain surtout sous les deux clavicules.

A cheval sous la clavicule gauche se dessine une spelonque de 3 cm. × 1 cm. à contour polycyclique résultant de la coalescence de 4 ou 5 plus petites de la taille d'un petit pois.

19 juin 1925. — Mêmes signes d'auscultation.

(1) Un autre frottis inoculé sous la peau de l'abdomen à un cobaye a donné un résultat positif.

28 juin 1925. — Retentissement de la toux à droite avec pectoriloquie aphone.

Appareil digestif. — Inappétence. Pesanteur épigastrique après les repas, pas de diarrhée, plutôt de la constipation.

Foie. — Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Rate. — Normale.

Urines. — Pas d'albumine, pas de sucre.

Système nerveux. — Réflexes pupillaires normaux, réflexes tendineux vifs.

Aspect général. — Membres inférieurs aspect livide, cyanotique, kératose pileaire.

Antécédents héréditaires. Mère décédée d'une hernie étranglée ; le père est vivant (tousseur habituel, mais n'expectore pas).

Antécédents collatéraux. Un frère « délicat », le médecin aurait parlé de « coxalgie » possible à l'âge de 10 ans.

Une sœur bien portante.

Traitement

Un traitement d'épreuve anti-syphilitique a été institué du 1^{er} au 22 juin 1925. Il a consisté en 5 injections de sulfarsénol : une injection de 0,12 centig., quatre injections de 0,24 centig.

Lésion peu changée après ces injections, (25 septembre 1925).

L'iodure de potassium donné à cette malade pendant 15 jours à la dose de 2 gr. par jour n'aboutit à aucun changement appréciable.

Nouvel examen le 25 septembre 1925.

Toux peu fréquente matin et soir.

Tousse plutôt la nuit.

Expectoration nulle.

Point de côté nul.

Augmentation de 7 kg en 3 mois 1/2.

Excellent état général.

15 octobre. — La lésion est en voie de regression.

Les points blancs ont disparu.

L'infiltration œdémateuse a presque disparu. Il persiste simplement une rougeur foncée, et l'amygdale gauche est plus volumineuse que la droite, d'aspect un peu turgescant, rouge lissé.

Larynx. — Voix presque normale, aucune douleur ni à la déglutition ni à la phonation.

Une série de 8 piqûres d'antigène méthylique de Roquet et Nègre a été faite à cette malade depuis le 21 juillet 1925, aux doses suivantes ;

1/4 cm³. au 1/10

1/2 cm³. au 1/10

3/4 cm³ au 1/10

1/4 cm³ au 1/10

1/4 cm³ pur

1/4 cm³ pur

1/4 cm³ pur

1/4 cm³ pur.

Nous nous sommes conformé, pour ces injections, à la technique de Calmette, Nègre et Boquet, technique délicate et qui se trouve indiquée dans leur manuel de microbiologie et de sérologie (pages 235, 236).

Tous les efforts tentés pour faire expectorer cette malade sont restés sans résultat ; de plus les recherches effectuées pour retrouver le bacille de K. ont été négatives.

Étiologie

Organe lymphoïde placé en sentinelle avancée au carrefour rhino-pharyngien, l'amygdale joue un rôle des plus importants dans la protection de l'organe contre les infections. D'autre part on sait à quelles discussions a donné lieu la question de la porte d'entrée du bacille tuberculeux dans l'économie, une infection des voies respiratoires, ou plus simplement carrefour rhino-pharyngé. C'est dire l'intérêt que présenterait une étude complète de la tuberculose amygdalienne. Il n'est malheureusement pas dans nos possibilités d'entreprendre cette étude. Toutefois la rareté des observations publiées de tuberculose de l'amygdale, la pauvreté des renseignements bibliographiques que nous avons relevée sur ce sujet nous ont engagé à publier cette observation et des réflexions qu'elle nous a suggéré.

Nous n'aborderons pas la question de savoir si le bacille tuberculeux peut traverser la muqueuse assez saine sans laisser de lésion trace de son passage : c'est

là un problème d'ordre général qui dépasse les limites de notre sujet.

Nous n'envisagerons que la tuberculose amygdalienne bien confirmée.

Ethiologie. — Fréquence. — Extrême rareté ou bien dans les milieux spéciaux où on pourrait la voir. Exemple : Saint-Louis.

âge : adolescence

sexe (femme)

cause efficiente : Tuberculose.

2 cas :

1° Le plus souvent tuberculose latente ou occulte.

2° Exemple : notre cas.

1° Forme granulique

C'est une localisation exceptionnelle de la granulée du pharynx (maladie d'Isambert) ou une localisation exceptionnelle de la tuberculose miliaire coïncident le plus souvent avec la granulie.

La tuberculose miliaire diffuse est presque toujours bilatérale. Les tubercules sont très disséminés et siègent dans les follicules, ce qui indique une origine sanguine. Cette forme se rencontre surtout chez les tuberculeux pulmonaires avancés. Elle accompagne souvent une tuberculose miliaire viscérale. (1)

2° Formes chroniques :

a) *Le lupus de l'amygdale.* — Type lupus des muqueuses ; c'est notre observation, peut aller jusqu'à l'ulcération ; devient alors une ulcération tuberculeuse.

(1) CALMETTE. — Infection bacill. et tub. page 129.

b) *Les végétations adénoïdes.* — Quels sont leur rapport avec la tuberculeuse de l'amygdale :

Aucun.

Il est donc possible que certaines végétations adénoïdes soient de natures tuberculeuses.

c) *Les formes latentes.* — Les angines frustes, subaiguës ou chroniques.

A vrai dire, elles se manifestent souvent pendant la vie par des signes légers d'angine subaiguë ou chronique, relativement peu douloureuse, entraînant cependant un malaise local, une dysphagie non amendée par les moyens calmants habituels ; la gorge est rouge, les amygdales un peu tuméfiées, ce qui est le cas chez la malade de M. le Professeur Bernard, mais on ne voit pas d'ulcération, il n'y a pas ou peu d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire.

Ces signes minimisés paraissent s'expliquer facilement chez des cachectiques, par la fièvre, l'inappétence, l'atteinte quelquefois profonde de l'état général et sont, en tout cas, hors de proportion avec l'importance des lésions qui révélera le microscope. Aussi, sont-ils rarement rapportés à leur véritable cause par les médecins les plus attentifs. Ces angines frustes sont cependant de beaucoup les plus fréquentes des angines tuberculeuses (Babonneix et Darré).

Etude Clinique

Certaines infections spécifiques peuvent déterminer au niveau de la bouche, du pharynx et des amygdales des lésions identiques au point de vue clinique et anatomique, lésions qui évoluent en même temps sur les trois cavités ou restent localisées à l'une d'elles.

Les plus importantes sont : la diphtérie, l'herpès, l'infection aphteuse, l'infection fuso-spirillaire de Vincent, la syphilis, les mycoses (actinomycose sporothricose, iodomycoses oosporoses, etc.) et enfin la tuberculose. Nous nous bornerons à décrire ici la tuberculose bucco-pharyngée et amygdalienne.

Tuberculose bucco-pharyngée et amygdalienne.

Etiologie. — Le bacille de Kock a pu être trouvé dans des cas exceptionnels, au niveau de la cavité buccale, des cryptes amygdaliennes, du pharynx nasal des individus sains, ne présentant ni cliniquement, ni anatomiquement, des lésions tuberculeuses locales. Des constatations semblables ont d'ailleurs été faites pour

divers microbes pathogènes, notamment pour le bacille diphtérique.

Pour Dieulafoy, les hypertrophies amygdaliennes en apparences banales, ne sont, dans bien des cas, que des formes larvées de tuberculose.

Pour ce qui est de l'amygdale pharyngée la lésion tuberculeuse se confond avec la lésion décrite sous le nom de végétations adénoïdes ; quant aux amygdales palatines, la lésion tuberculeuse se confond quelquefois avec la maladie décrite sous le nom d'hypertrophie simple ou hypertrophie adénoïde des amygdales.

Dans bien des cas, les amygdales ne sont même pas hypertrophiées et présentent un aspect normal (Escomel).

Cet auteur a fait, il y a quelques années, dans le service de M. le Professeur Letulle un important travail dont voici les principales conclusions.

La tuberculeuse amygdalienne est excessivement fréquente et le diagnostic macroscopique est hérissé de difficultés.

L'amygdale est l'organe le plus tuberculisable de l'économie. Les bacilles de Koch peuvent se rencontrer dans toutes les parties constitutives de l'amygdale tuberculeuse ; parfois même on les trouve à l'intérieur des des cryptes amygdaliennes d'individus dont l'organisme ne présente aucune lésion tuberculeuse. L'infection tuberculeuse de l'amygdale permet la pénétration du bacille dans les voies lymphatiques, les ganglions cervicaux, puis dans les ganglions médiastinaux et envahir après cette étape les poumons où, après pénétration

dans les vaisseaux sanguins, les autres organes.
(Dieulafoy)

Pour NOBÉCOURT et TIXIER, ce mode d'envahissement de l'organisme, bien que possible, doit être considéré comme très rare ; les végétations adénoïdes inoculées au cobaye ne le tuberculisent qu'exceptionnellement, et, pour ces auteurs, une inoculation positive, prouve seulement qu'elles sont bacillifères et non pas forcément bacillaires.

Il existe cependant un petit nombre de faits probants de tuberculose primitive bucco pharyngée. Dans ces cas très rares, l'inoculation se fait par la voie externe, par l'air chargé de poussières ou de gouttelettes bacillifères, par les objets contaminés et surtout par les aliments (Babonneix et Darré). La constitution lymphatique serait une cause prédisposante, en créant une dystrophie du tissu lymphoïde du pharynx. Mais les bacilles qui pénètrent si fréquemment dans la cavité bucco pharyngée, n'y font que passer sans y séjourner, entraînés immédiatement par le courant d'air inspiratoire ou balayés par la salive incessamment déglutie : aussi l'inspection tuberculeuse de ces organes est elle exceptionnelle.

Presque toujours la tuberculose bucco-pharyngée est secondaire, survenant chez des tuberculeux avérés et le plus souvent même chez des phthisiques, aux dernières phases de la maladie. Le mécanisme de sa production est très différent suivant les formes anatomiques qu'elle revêt (Babonneix).

Dans son manuel de Pathologie Interne, Dieulafoy indique les expériences auxquelles il s'est livré avec son interne Marion sur les cobayes.

Sur sa demande, il avait prié les Docteurs Cuvillier, Casteix, Bonnier, Menard et Calot de bien vouloir mettre à sa disposition des végétations adénoïdes et des amygdales, atteintes d'hypertrophie, simple en apparence, hypertrophie ayant nécessité l'ablation de ces organes chez des sujets d'âge différent.

Les fragments de ces amygdales et des fragments de ces végétations adénoïdes inoculés, toutes précautions prises sous la peau de l'abdomen à plusieurs séries de cobayes. Le fragment à inoculer, *chose importante*, était pris autant que possible, *dans le centre*, et non pas à la surface des amygdales et des végétations, ce qui réduisait à néant l'objection spécieuse qui tendait à faire supposer, dans les expériences, qu'il s'agissait non pas de tissu tuberculeux, mais de tissu servant de véhicule au bacille tuberculeux. (Dieulafoy).

A différents cobayes, Dieulafoy inocula sous la peau du ventre, un fragment pris au centre des grosses amygdales enlevées par Cuvillier. Trois semaines plus tard, apparaissait au lieu d'inoculation une ulcération, *un chancre tuberculeux* avec bacille de Koch. Les ganglions inguinaux satellites étaient atteints consécutivement d'adénite tuberculeuse et les cobayes succombèrent au bout d'un mois et demi. L'autopsie démontra la généralisation de cette tuberculose qui avait débuté au lieu d'inoculation par le chancre tuberculeux abdominal.

En résumé 96 cobayes inoculés.

61 avec des fragments d'amygdale,

35 avec des fragments de végétations adénoïdes.

Sur les 61 cobayes inoculés avec des fragments d'amygdale, 8 sont devenus tuberculeux, ce qui fait une moyenne de 12 o/o.

Chez 6 de ces cobayes, le chancre tuberculeux a été l'accident initial.

Sur les 35 cobayes inoculés avec des fragments de végétations adénoïdes, 6 sont devenus tuberculeux, ce qui fait une moyenne de 20 o/o.

Chez 3 de ces cobayes, le chancre tuberculeux a été l'accident initial.

En 1884 Cohnheim et Weigert ont attiré l'attention sur la fréquence d'une tuberculose des amygdales chez les phthisiques, tuberculose peu visible à l'œil nu et ne présentant aucun symptôme clinique.

C. W. Weller a pratiqué l'examen histologique des amygdales enlevées chez 8.679 sujets, en vue d'établir la fréquence de la tuberculose amygdalienne. Les amygdales étaient sectionnées, en deux parties selon leur grand axe, et une coupe comprenant toute la surface de section d'un des fragments était explorée avec soin. La proportion de tuberculoses en activité ainsi trouvées atteignit 2.35 o/o.

Pour Calmette, la tuberculose amygdalienne est plus fréquente, à tous les âges, chez les sujets du sexe féminin. Les âges extrêmes où on la constata furent 2 et 59 ans. Sa fréquence se montra particulièrement grande chez les enfants de certaines institutions et chez le per-

sonnel hospitalier, étudiants en médecine et infirmières.

La tuberculose des cryptes est la plus fréquente, ordinairement unilatérale, elle reste en général localisée à une ou plusieurs cryptes et épargne les follicules lymphatiques. Elle est bénigne le plus souvent. Mitchell dit y avoir trouvé dans 20 cas sur 26 des bacilles d'origine bovine, de sorte qu'on peut supposer qu'elle résulte, dans beaucoup de cas, de l'ingestion de lait ou d'aliments bacillifères.

La tuberculose miliaire diffuse est presque toujours bilatérale. Les tubercules sont très disséminés et siègent dans les follicules, ce qui indique une origine sanguine. Cette forme se rencontre surtout chez les pulmonaires avancés. Elle accompagne souvent une tuberculose miliaire viscérale.

Les amygdales tuberculeuses ne sont généralement ni grosses ni pédiculées, mais au contraire petites, pâles, enchatonnées contre les piliers. Elles ne sont pas fréquentes. John Wright Hoderpyl, P. Nobécourt et Tixier insistent même sur leur rareté. Les lésions sont seulement localisées à la base de la glande, de sorte que si l'on n'enlève que la partie superficielle (opération d'ailleurs à éviter) la portion la plus malade subsiste dans le moignon. (Calmette).

La tuberculose amygdalienne ne reste jamais limitée aux amygdales qui composent *l'anneau de Waldeyer*. Elle s'étend toujours presque simultanément aux piliers, au voile du palais, aux parois de l'arrière bouche, mais elles prédominent sur l'une ou l'autre glande. On la

rencontre le plus souvent, non comme lésion primitive, mais comme localisation secondaire chez les tuberculeux. Elle tend à former une ulcération irrégulière, plus ou moins creuse, extensive, à fond granuleux (A. Hautant).

Chez le bœuf, la tuberculose primitive des amygdales est exceptionnelle. D'après Max Devriendt qui a recueilli à l'abattoir de Berlin d'importants documents sur ce sujet, l'infection de ces glandes n'apparaît que secondairement chez les animaux déjà porteur d'autres lésions ganglionnaires ou pulmonaires et serait consécutive à l'ingestion répétée de bacilles tuberculeux.

Tuberculose latente des amygdales

Anatomie Pathologique

La tuberculose latente des amygdales a été bien étudiée par Letulle et Escomel. Sur 100 phtisiques autopsiés, on la rencontre plus de 80 fois.

A l'examen microscopique, les amygdales apparaissent normales aussi bien à la surface qu'à la coupe ; tout au plus sont elles parfois un peu plus grosses ou un peu congestionnées. C'est le microbe, seul, qui montre des lésions parfois discrètes, souvent extraordinairement confluentes ; elles occupent surtout les amygdales palatines, mais aussi les amygdales linguales, la face inférieure du voile du palais, le pourtour des choanes.

A côté de *lésions banales* : desquamation et dégénérescence vaculaire de l'épithélium, infiltration mononucléaire diffuse, hyperplasie du tissu réticulé, hypertrophie ou lésions dégénératives des follicules lymphatiques, on trouve des *lésions spécifiques*, parfois au

dessous de l'épithélium, mais surtout dans la profondeur en plein tissu amygdalien : follicules tuberculeux avec cellules géantes et quelques rares cellules épithélioïdes, placards caséux, abcès caséux, ulcérations folliculaires, laissant échapper des cellules géantes au fond des cryptes ou jusque dans l'épithélium, toutes ces lésions souvent gorgées de bacilles de Koch.

Quel est le mécanisme de l'infection ? Faut-il admettre une *inoculation de surface* au contact des produits de l'expectoration pulmonaire ou une *infection profonde par embolus sanguin* ou lymphatique ? Ces deux processus s'associent généralement et l'on voit côte à côte sur les coupes des lésions imputables à l'effraction de dehors en dedans (cellules géantes dans les cryptes ou bacilles inclus dans les strates épithéliales) à l'infection de dedans en dehors (follicule tuberculeux au centre des follicules lymphatiques, caséification giganto-cellulaire d'un capillaire sanguin (Letulle).

Ces lésions sont généralement tardives, sinon terminales. Restent-elles tout à fait silencieuses cliniquement ? La question n'est pas tranchée.

CONCLUSIONS

La tuberculose de l'amygdale est une localisation rarissime de la tuberculose des muqueuses.

Elle est habituellement d'apparence primitive survenant chez un tuberculeux latent ou masqué.

Elle est plus fréquente chez la femme.

On en décrit une forme granulique, une forme lupique ; la question des rapports des végétations adénoïdes avec la tuberculose n'est pas tranchée.

Dans notre cas, le traitement par l'antigène a produit une amélioration manifeste et très marquée.

Vu : Le Président de Thèse,

L. BERNARD.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- DIEULAFOY. — Tuberculose larvée des trois amygdales
(Académie de Médecine, séance du 30 avril
1895).
- LERMOYEZ. — Des végétations adénoïdes tuberculeuses,
du pharynx nasal. (20 juillet 1894).
- LERMOYEZ. — Végétations adénoïdes tuberculeuses.
Presse médicale, 26 oct. 1895.
- JANKELEVITCH. — (Semaine médicale, 1^{er} janv. 1902).
- ESCOMEL (de Lima). — *Revue de médecine*, juin 1903.
- BARTH. — Tubercul. du pharynx. Thèse de Paris, 1880,
n° 82.
- CORNIL ET BABÈS. — *Académie de Médecine*, 1883. Ar-
chiv. of. intern. médecine, Chicago, juin
1921, n° 6.
- A. HAUTANT. — *Revue de la tuberculose*, 1906, p. 326.
- MAX DEVRIENT. — *Deutsch. tierartz*, Woch, 26 déc.
1908.
- CALMETTE. — L'Infection bacillaire et la tuberculose
chez l'homme et chez les animaux (2^e édit.
Masson, 1922).

WINSLOD (J. R.). — A case of primary tuberculosis of the fauces, posterior, pharynx and palatal, and lingual tonsil cured by tuberculin injection Laryngoscope. Saint-Louis 1909, XIX. 849-852.

RIVIÈRE. — Ulcérations suspectes de l'amygdale. Lyon médical 1900, XCIII, 92.

AOUÉ (G. H.). — Les amygdales comme porte d'entrée des principes infectieux. Bolnitsch. gaz. Botkine. St-Petersbourg 1900, XI. 41-48, 101-107.

BERNHEIM (S.). — Tuberculose bucco-pharyngée. Tribune médicale. Paris 1900. 2^e S. XXXIII, 786-790.

TANTURRI (D.). — Sulla localizzazione del bacillo di Koch nell'istmo della fauci e nelle tonsille : studio sperimentale ed istologico (Gior. internaz. d. sc. medic. Napoli, 1901, XXIII. 60.

